
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА В Г.МОСКВЕ

Е.О. Шаклычева-Компанец

Управление здравоохранения Восточного административного округа
г. Москвы
Зеленый пр., 6/2, Москва, Россия, 129100

В работе рассмотрены достижения московского здравоохранения в вопросах родовспоможения и неонатологии, достигнутые за последнее десятилетие, а также внесены предложения по дальнейшей оптимизации службы охраны материнства и детства в регионе в целях достижения максимальной эффективности работы данной службы.

Ключевые слова: служба охраны материнства и детства, здравоохранение, оптимизация.

В течение всего предшествующего периода развития акушерства плод рассматривался как производное от организма матери. В классическом акушерстве плод всегда являлся лишь объектом родов, т.е. вторичной величиной. Главной задачей было родоразрешение женщины. Хотя акушеры и интересовались состоянием плода, но никогда не рассматривали его внутриутробное существование как самостоятельную величину.

Только когда плод превратился в «продукт зачатия», он стал самостоятельной величиной, а перинатология, возникшая на стыке классического акушерства и педиатрии, была признана самостоятельной наукой не только *de jure*, но и *de facto*.

Перинатальный период, включающий в себя период внутриутробного развития, период родов и первые 7 дней жизни ребенка, безусловно является наиболее уязвимой частью человеческой жизни. При этом проблема заключается не только в перинатальной смертности, но и в перинатальной заболеваемости. Именно в перинатальном периоде закладывается здоровье, а, следовательно, и дальнейшая судьба будущего индивидуума. Поэтому показатели перинатальной заболеваемости и смертности рассматриваются экспертами ВОЗ, как основные, определяющие уровень развития государства, его национальную безопасность.

Внедрение в акушерскую практику новых медицинских технологий наблюдения, исследования и контроля над состоянием плода дало возможность получать информацию о плоде первично, а не опосредовано через

мать. В результате стало возможным объективно оценивать состояние плода, а также с позиции плода оценивать здоровье матери. Такой качественно новый подход в сочетании с традиционно акушерским позволил находить верные решения с учетом интересов как матери, так и плода.

Сегодня, когда процессы, происходившие в экономике и общественной жизни России в 1990-е гг., негативно сказываются на демографических показателях, каждый исход родов, неудачный в отношении ребенка, носит трагический характер не только для семьи, но и для государства. Таким образом перинатология, как наука и медицинская специальность, приобретает приоритетное, стратегическое значение. А акушерство в современных условиях носит ярко выраженную перинатальную направленность.

В течение последнего десятилетия в городе Москве был разработан и внедрен в практику комплекс мероприятий, направленных на сохранение и улучшение репродуктивного здоровья жителей мегаполиса. Данный комплекс нашел свое отражение в городской целевой среднесрочной программе «Столичное здравоохранение». Необходимость внедрения нового подхода к организации службы охраны здоровья матери и ребенка была вызвана значительным ухудшением показателей репродуктивного здоровья в г. Москве в конце XX в., когда отмечалось выраженное снижение рождаемости, резкое ухудшение здоровья беременных, рост осложнений беременности и родов. Процесс депопуляции в Москве носил более выраженный характер, чем в целом по Российской Федерации: к 2000 г. показатель рождаемости в регионе снизился до 7,3 на 1000 населения (при 8,7 в РФ), а естественная убыль населения достигла уровня минус 10,0 на 1000 (при минус 6,1 в России). В 2001 г. показатель материнской смертности в Москве составлял 43,7 на 100 000 живорожденных и превышал общероссийский (36,5 на 100 000). Показатели перинатальной смертности в столице были ниже, чем в РФ, однако, отмечался высокий удельный вес ранней неонатальной смертности (4,9 на 1000). Существовавшая в то время система родовспоможения не носила системного характера и не учитывала особенностей города Москвы, как крупнейшего мегаполиса страны, где доля мигрантов составляет более 30%. Поэтому все усилия, направленные на повышение эффективности службы охраны материнства и детства, не приносили необходимых результатов.

Новый системный подход к оптимизации работы столичной службы родовспоможения включил следующие основные направления: прикрепление женских консультаций к родильным домам, специализация стационаров по профилям акушерской и экстрагенитальной патологии, преимущественное родоразрешение беременных с экстрагенитальными заболеваниями и осложненным течением беременности в акушерских стационарах многопрофильных больниц, организация отделений реанимации новорожденных в родильных домах с увеличением численности коек данного профиля, внедрение пренатальной диагностики и периконцепционной подготовки. Все

эти направления внедрены в практическую деятельность учреждений родовспоможения как на уровне города, так и на уровне территориальных округов столицы.

В целом внедрение данной программы позволило при росте числа родов на 38% без увеличения численности кадров и коечного фонда снизить материнскую смертность (с 39,9 до 19,8 на 100 000 родившихся живыми), уменьшить частоту осложнений беременности и родов, снизить уровни мертворождаемости (с 6,9 до 4,9 на 1000) и ранней неонатальной смертности (с 4,9 до 2,7 на 1000).

Одно из первых мест в структуре перинатальной смертности занимают аномалии развития плода. Внедрение пренатальной диагностики наследственных заболеваний и пороков развития плода является эффективным средством профилактики наследственной и врожденной патологии. Своевременное выявление аномалий развития у плода дает возможность женщине решить вопрос о прерывании или сохранении беременности. Современными методами пренатальной диагностики являются: ультразвуковое исследование; определение уровня *a*-фетопротеина, эстриола, хорионического гонадотропина, 17-гидрооксипрогестерона в сыворотке крови матери в 11–14 и 18–20 нед. беременности; амниоцентез в I и II триместрах беременности; биопсия хориона и плаценты; получение крови и кожи плода.

Внедрение трехкратного ультразвукового исследования на сроках беременности 10–14 нед., 20–22 нед. и 32–34 нед. позволило своевременно диагностировать большинство врожденных пороков развития плода, а также давать функциональную оценку его состояния, что прогностически значимо для выбора времени и способа родоразрешения.

Все беременные, наблюдающиеся в женских консультациях города, также проходят скрининговое и, при необходимости, специальное обследование для предупреждения рождения детей с тяжелыми, в том числе не поддающимися коррекции, наследственными и врожденными заболеваниями. Проводимые в Москве мероприятия (охват беременных, наблюдающихся в женских консультациях, пренатальной диагностикой в 2008–2010 гг. составлял от 95 до 99% по различным округам) позволили снизить число детей, родившихся с пороками развития (например, с 2004 по 2008 г. количество новорожденных с синдромом Дауна снизилось на 35%). А это, в свою очередь, внесло вклад в снижение уровней мертворождаемости, ранней неонатальной смертности, и детской смертности в целом.

Значительную часть в структуре младенческой смертности составляют недоношенные дети. Выхаживание таких детей в первую очередь зависит от технических возможностей акушерского стационара и навыков и умений медицинского персонала.

Необходимо отметить, что прогноз жизнеспособности ребенка зависит не только от его массы тела при рождении и его гестационного возраста, но

и от того, где он появился на свет: в родовспомогательном учреждении с отделением неонатальной реанимации, или в роддоме, из которого он после рождения должен быть транспортирован. Установлено, что смертность детей, доставленных в отделение интенсивной терапии, в 2–3 раза выше, чем новорожденных, оставшихся в акушерском стационаре. Степень выживаемости напрямую зависит от внутриутробного состояния плода и технического обеспечения акушерского стационара. В такой же зависимости находится и перинатальная заболеваемость. Организация в столичных родильных домах (в Восточном административном округе – это Родильный дом № 20 Управления Здравоохранения ВАО, открытый в 2009 г. после капитальной реконструкции) отделений реанимации новорожденных, оснащенных современным медицинским оборудованием, и увеличение численности коек данного профиля в 4,5 раза позволило выхаживать детей с тяжелой перинатальной патологией, в том числе и глубоко недоношенных новорожденных с экстремально низкой массой тела.

Следующим этапом является своевременный перевод ребенка в специализированное отделение для выхаживания. В настоящее время в Москве создано 402 койки для выхаживания недоношенных новорожденных и 354 койки – для доношенных новорожденных. Однако частота преждевременных родов, несмотря на все усилия акушеров-гинекологов, не имеет тенденции к снижению, ежегодно отмечается рост числа беременностей, протекающих с осложнениями, и рост экстрагенитальной патологии. В связи с этим востребованность коечного фонда для II этапа выхаживания новорожденных значительно выше имеющихся в городе коек. Это приводит к тому, что зачастую койки отделений реанимации новорожденных в акушерских стационарах выполняют функции II этапа выхаживания.

Также необходимо отметить, что отделения реанимации новорожденных были организованы не во всех родовспомогательных учреждениях. На сегодняшний день более 40% родильных домов не имеют коек данного профиля. При анализе случаев ante-, intra- и ранней неонатальной смертности отчетливо видно, что значительная часть летальных исходов происходит именно в маломощных (до 10 родов в сутки) родильных домах, не имеющих реанимационных коек новорожденных и не входящих в состав многопрофильных стационаров. В условиях все возрастающей экономической составляющей нашего здравоохранения такие родильные дома обречены на вымирание. Никакие приказы Департамента здравоохранения о прикреплении женских консультаций к конкретным акушерским стационарам не заставят женщину, имеющую право на свободный выбор медицинского учреждения, рожать в худших условиях.

Главный принцип перинатального акушерства – это опережающее (в крайнем случае, своевременное) лечение и адекватное ситуации родоразрешение. Отсюда вытекает основное условие перинатологии – профилактика.

Значительную роль в снижении частоты управляемых причин в структуре перинатальной смертности играют новые подходы к профилактике осложнений беременности и родов: прегравидарная подготовка и периконцепционная профилактика. Прегравидарная подготовка беременной включает деконтаминацию и санацию хронических очагов воспаления в организме беременной. Целью периконцепционной профилактики является снижение риска рождения больных детей. Она включает в себя медико-генетическое консультирование; диагностику носительства вирусной и бактериальной инфекции; диету- и витаминотерапию (в том числе прием фолиевой кислоты); исключение профессиональных вредностей; лечение экстрагенитальных заболеваний. Периконцепционная профилактика направлена на создание оптимальных условий для созревания зародышевых клеток, их оплодотворения, образования зиготы, ее имплантации и раннего развития плода.

К сожалению, далеко не все врачи акушеры-гинекологи, работающие в практическом здравоохранении города Москвы, особенно в его первичном звене – женских консультациях, владеют достаточными знаниями, а главное убеждением о необходимости данных мероприятий. В последнее время на фоне растущей акушерской агрессии в лечебных учреждениях все слабее становятся контакты врача с беременной женщиной. А ведь психологическое воздействие слова доктора в случае доверительных отношений между ним и пациенткой может быть значительно сильнее информации, почерпнутой из СМИ, интернета и других источников. Для того чтобы каждая женщина относилась к своей беременности и предстоящим родам с чувством радостной ответственности, необходимо:

- расширять и усиливать контакты лечащего врача с беременными, предоставлять им объективную информацию о целесообразности проводимых мероприятий и процедур, не запугивая и в то же время не скрывая имеющиеся проблемы;
- активно внедрять занятия в «школах материнства», привлекая к занятиям психологов;
- снижать уровень акушерской агрессии, принимая решение о проведении той или иной процедуры с учетом особенностей каждого индивидуального случая;
- создавать в лечебных учреждениях атмосферу комфорта.

Ярким примером вышесказанного является открытие в 2010 г. новой женской консультации на базе Городской поликлиники № 78 Управления здравоохранения ВАО. При организации женской консультации учитывались не только современные требования по материально-техническому обеспечению (консультация оснащена новым ультразвуковым сканером экспертного класса, аппаратами КТГ новейшего поколения, кольпоскопами с компьютерными приставками и т.д.). Большое внимание было уделено созданию атмосферы комфорта, тепла и уюта, вплоть до выбора цвета меди-

цинской мебели. Подбор персонала проводился комиссионно, конкурс составил 2,5 на одно на врачебное место. При приеме на работу оценивались не только профессиональные, но и человеческие качества, умение найти контакт с собеседником, внимательное отношение к пациентам. Результат не заставил себя ждать. За несколько месяцев работы об этой женской консультации узнал весь округ, многие женщины, живущие в разных районах округа, хотят наблюдаться только там.

Еще одним серьезным направлением современной перинатологии является определение перинатального риска. Необходимо как можно раньше определять его степень в целях раннего выявления женщин группы высокого риска для своевременного обеспечения их соответствующим наблюдением и медицинской помощью. Воздействие любых отрицательных факторов приводит к развитию плацентарной недостаточности. Очевидно, что степень риска для плода тем выше, чем раньше начинается влияние этих факторов. Даже если это влияние не окажется смертельным, процесс формирования плаценты будет ущербным. Поэтому, чем раньше будет проводиться корректирующая терапия, тем лучше будет внутриутробное состояние плода. При таком подходе экстренное прерывание беременности будет сведено к минимуму.

В Российской Федерации практическое использование системы прогнозирования перинатального риска началось в 80-х гг. прошлого века, когда в 1981 г. был издан приказ МЗ СССР № 430 «Об утверждении инструктивно-методических указаний по организации работы женской консультации», в котором было регламентировано: «...после клинического и лабораторного обследования (до 12-й недели беременности) определяется принадлежность беременной к той или иной группе риска. В «Индивидуальной карте беременной и родильницы» составляется план наблюдения беременной с использованием современных методов обследования состояния матери и плода. Беременных группы высокого риска необходимо направлять на роды в специализированный родильный дом. Для количественной оценки факторов риска следует пользоваться балльной системой». Приложение к приказу содержало шкалу пренатального риска О.Г. Фроловой и Е.И. Николаевой. Разделение беременных на группы риска, дифференцированное их ведение во время беременности и родов позволило снизить уровень перинатальной смертности на 30% по сравнению с этим показателем в аналогичной группе беременных, находившихся под обычным наблюдением. В последующем на основании определения степени перинатального риска были предложены критерии комплексной оценки здоровья беременных, включающие помимо принадлежности их к группам риска перинатальной патологии оценку физического развития и функционального состояния основных систем матери и плода. Единственным упущением данной системы была плохая преемственность амбулаторного и стационарного звена: подсчет риска производился в

амбулаторной карте, а в обменной карте, выдаваемой на руки беременной, графа с балльной оценкой риска отсутствовала. Вследствие чего не возможно было получить максимальный эффект от проводимых мероприятий по выявлению контингентов высокого риска и организации соответствующих лечебных и диагностических мероприятий на уровне акушерского стационара.

С 2003 г. для определения степени перинатального риска акушеры-гинекологи в Российской Федерации руководствуются приказом МЗ РФ от 10 февраля 2003 г. № 50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях». Согласно этому документу диспансерное наблюдение за беременными, и формирование групп «высокого акушерского и перинатального риска» осуществляется врачом акушером-гинекологом женской консультации.

На основании данных обследования и лабораторных анализов определяются следующие факторы риска неблагоприятного исхода беременности:

- I. Социально-биологические.
- II. Акушерско-гинекологический анамнез.
- III. Экстрагенитальные заболевания.
- IV. Осложнения беременности.

Данная система определения высокого перинатального риска, на первый взгляд, имеет ряд преимуществ по сравнению с прежней шкалой О.Г. Фроловой и Е.И. Николаевой. В ней учтены новые факторы риска: индуцированная беременность, нарушения гемостаза и др., но фактически отказ от балльной системы – это «шаг назад», определить суммированное влияние факторов не представляется возможным, да и некоторые факторы, такие как многоводие, возраст матери в изолированном состоянии не представляют риска для матери и плода. Наиболее оптимальный способ определения риска – дополнение балльной шкалы новыми факторами.

Представленные не формализованные в балльной системе варианты распределения беременных по степеням риска предстоящих родов являются условными, так как в процессе беременности и родов могут происходить непредсказуемые изменения. В родах происходит перераспределение групп риска. К неблагоприятному исходу родов, как для матери, так и для плода часто приводит недооценка или игнорирование интранатальных факторов риска. В то же время у женщин с низким перинатальным риском необоснованно применяются вмешательства, которые можно расценить как акушерскую агрессию. В связи с этим должны выделяться группы высокого риска для оказания им необходимой медицинской помощи, и группы низкого перинатального риска для предотвращения медицинской агрессии. Тщательное обследование беременных, своевременное проведение лечебно-профилактических мероприятий, мониторинг контроль в родах и др. позволяют снизить степень риска у рожениц с высокими факторами риска во время беременности. Исследования показывают, что факторы риска в родах оказы-

вают более сильное влияние на уровень перинатальной смертности по сравнению с таковыми во время беременности. Сочетание факторов высокого риска во время беременности с факторами высокого перинатального риска в родах сопровождается высокими показателями перинатальной смертности.

Таким образом, оценка степени перинатального риска и его переоценка в родах приобретают первостепенное значение, а внедрение стратегии факторов риска в службу родовспоможения является приоритетной задачей перинатологии. Перинатология должна иметь дело с возможным осложнением, а не с самим осложнением.

Итак, суть дальнейшего развития перинатальной службы можно сформулировать следующим образом: внедрение стратегии факторов риска (оценка перинатального риска и последующая его переоценка в родах), контроль за состоянием плода и матери, опережающая и достаточная терапия, своевременное и адекватное ситуации родоразрешение, последующее перинатальное и неонатальное обеспечение.

Также современная служба родовспоможения невозможна без серьезного технического и медикаментозного обеспечения, и подготовки специалистов высшего и среднего звена, владеющих всеми необходимыми умениями и навыками, в том числе и психологической подготовкой.

Давно назрела необходимость разработки и внедрения стандартов медицинской помощи, четко регламентирующих порядок действия врача в тех или иных ситуациях и подключение к контролю над качеством оказания медицинских услуг самих пациентов, их информирование о проводимых мероприятиях.

Все вышеизложенное позволит повысить качество оказываемой акушерской и неонатальной помощи, снизить риск и частоту необоснованных вмешательств, и, таким образом, сделать процесс вынашивания и рождения ребенка максимально безопасным, а материнство – радостным.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамченко В.В.* Беременность и роды высокого риска // Рук-во для врачей – М., 2004.
2. *Алиева Э.М., Валабуев А.И., Кирющенко А.П.* Состояние маточноплацентарного кровотока у беременных, больных хроническим пиелонефритом и нефропатией. Акушерство и гинекология // Медицина. – 1989. – № 5. – С. 24–27.
3. *Альбицкий В.Ю., Галиева С.Х.* Состояние здоровья детей родившихся недоношенными // Рос. педиатрический журнал. – 1998. – № 4.
4. *Анастасьева В.Г.* Задержка внутриутробного развития плода. – Новосибирск, 1996.
5. *Антонов А.Г., Володин Н.Н., Гребенников В.А.* Принципы ведения новорожденных с РДС // Методические рекомендации. – 2007. – С. 22–32.
6. *Ариас Ф.* Беременность и роды высокого риска / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1989.
7. *Володин Н.Н., Дегтярев Д.Н., Байбарина Е.Н.* Неонатология: Учеб. пособ. – М., 2008. – С. 116–122.

8. Володин Н.Н., Чернышов В.Н., Дегтярев Д.Н. Неонатология – М., 2005.
9. Гайдуков С.Н. и др. Беременность и роды у женщин группы медико-социального риска // *Мать и дитя: Мат-лы II Рос. форума*. 18–22 сент. – М., 2000. – С. 33–34.
10. Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г. Патогенетические основы внутриутробных инфекций // *Архив патологии*. – 1997. – Т. 59. – № 5. – С. 74–77.
11. Калиновская И.И. Оптимизация организации родовспоможения в условиях мегаполиса: Автореф. дисс... к.м.н. – М., 2010.
12. Кан Н.Е., Орджоникидзе Н.В. Современные представления о внутриутробной инфекции // *Акушерство и гинекология*. – 2004. – № 6. – С. 3–5.
13. Кулаков В.И., Фролова О.Г., Волгина В.Ф. // *Акушерство и гинекология*. – 1994. – № 3. – С. 10–12.
14. Курцер М.А. Перинатальная смертность и пути ее снижения: Автореф. дис. ... д.м.н. – М., 2001.
15. Макаров О.В., Бахарева И.В., Ганковская Л.В., Идрисова Л.С. Современные представления о диагностике внутриутробной инфекции // *Рос. вестник акушера гинеколога*. – 2006. – № 1. – С. 11–15.
16. Мурашко Л.Е., Бадоева Ф.С., Асымбекова Г.У., Павлович С.В. Перинатальные исходы при хронической плацентарной недостаточности // *Акушерство и гинекология*. – 1996. – № 4. – С. 43–45.
17. Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Бутко Т.М. Перинатальные потери. Перспективы снижения. – М., 2008. – С. 11–17, 47–50.
18. Побединский Н.М. и др. Многоводие: диагностика и лечение // *Акушерство и гинекология*. – 2004. – № 1. – С. 7–9.
19. Приходько, В.С., Яловчук А.В. Прогностическое значение влияния осложненного течения беременности матери на состояние здоровья детей раннего возраста // *Педиатрия, акушерство и гинекология*. – 2005. – № 2. – С. 23–27.
20. Сидорова И.С., Макаров И.О., Матвиенко Н.А. и др. Состояние фетоплацентарной системы при высоком риске внутриутробного инфицирования плода // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. – 2000. – Т. 45. – № 2. – С. 5–8.
21. Собчак Д.М., Корочкина О.В. Пневмония как инфекционное заболевание (этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия). – Н. Новгород, 2009.
22. Стратегия демографического развития России / Под ред. В.Н. Кузнецова, Л.Л. Рыбаковского. – М., 2005.
23. Стрижаков А.И., Баев О.Р., Рыбин Н.В., Тимохина Т.Ф. Выбор оптимального метода родоразрешения в снижении перинатальных потерь // *Акушерство и гинекология*. – 2000. – № 5. – С. 12–17.
24. Стрижаков А.Н. и др. Системные нарушения гемодинамики при синдроме задержки роста плода как фактор риска гипоксически-ишемических поражений ЦНС и отклонений психомоторного развития детей // *Акушерство и гинекология*. – 2003. – № 1. – С. 11–15.
25. Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск: Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца. – М., 2009.
26. Радзинский В.Е. Руководство к практическим занятиям по акушерству. – М., 2007.
27. Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Оразмурадов А.А. Женская консультация. – 2-е изд. – Петрозаводск, 2007.
28. Фомичев М.В., Мельне И.О., Стасенко В.Л. Респираторный дистресс у новорожденного. – Екатеринбург, 2007. – С. 335, 367–396.

29. Фролова О.Г., Николаева Е.И. Факторы риска и профилактика перинатальной патологии // Сов. Здравоохранение. – 1989. – Вып. 3. – С. 20–25.
30. Царегородцев А.Д., Рюмина И.И. Заболеваемость новорожденных внутриутробными инфекциями и задачи по ее снижению в Российской Федерации // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2001. – Т. 46. – № 2. – С. 4–6.
31. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений: Практич. рук-во. – СПб, 2005.
32. Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М., Пучко Т.К. и др. Ведение родов высокого риска // Российский медицинский журнал. – 2001. – № 1. – С. 26–32.
33. Laptook R. Admission Temperature of Low Birth Weight infants: Prediktors and Associated Morbidities // Pediatrics. – 2007. – V. 119.
34. Cabrera C., Gonzales J. et al. Nosocomial infection in a neonatal intensive care unit and prevention with selective intestinal decolonization. A multivariate evaluation of infection reduction // Eur. J. Epidemiol. – 1994. – № 10. – P. 573–580.
35. Goldenberg R.G., Hauth J.C., Andrews W.W. Intrauterine infection and preterm delivery // The New England Journal of Medicine. – 2000. – V. 342. – P. 1504–1513.
36. Heaman M.I. Relationships between physical abuse during pregnancy and risk factors for preterm birth among women in Manitoba // J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. – 2005. – V. 34(6). – P. 721–731.
37. Kristensen J. et al. Pre-pregnancy weight and the risk of stillbirth and neonatal death // BJOG. – 2005. – V. 112(4). – P. 403–408.
38. Anderson J.E. et al. Prevalence of risk factors for adverse pregnancy outcomes during pregnancy and the preconception period-United States, 2002–2004 // Mater Child Health J. – 2006. – V. 10(6). – P. 575.

SELECTED POINTS OF OPTIMIZATION OF MATERNITY AND CHILD WELFARE SERVICE IN MOSCOW

E.O. Shaklycheva-Kompanets

Healthcare Authority of the East Administrative District of Moscow
Zelyony prospect, 6/2, Moscow, Russia, 129100

The article includes Moscow's healthcare achievements in obstetric aid and neonatology for the recent decade, as well as certain proposals on the further optimization of the regional Maternity and Child Welfare Service, aimed to reach the maximal functioning efficiency of the service.

Keywords: maternity and child welfare service, healthcare, optimization.